LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

inique médicale : De l'alimentation des tuberculeux soignés à domicile par les médecins des bureaux de bienfaisance, p. 177. — **Bibliographie** : Pathogénie des myocardites, par MM. A. Weber et Blind, 179. — **Revue de la presse** : Action du suc de thymus sur la circulation et sur la mort lite thymique des enfants, 181. — **Académie de médecine** : *Séance du 16 mars* 1897. Présidence de M. Caventou. — Intoxication par les huitres, 182. — Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif, 182. — Elections, 182. — Otite sèche, 182. — Lithiase intestinale, 182. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 12 mars* 1897. Présidence de M. Debove. — Tubercule solitaire de la moelle, 182. — Infection pneumococcique généralisée dans la pneumonie, 182. — De l'entéro-colite muco-membraneuse chez l'enfant, 183. — Ulcère rond perforant aigu de l'estomac, 183. — Arthrite blennorrhagique à gonocoque, 183. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 11 mars* 1897. Présidence de M. Besnier. — Origine microbienne de la calvitie, 184. — Traitement du lupus par le parachlorophénol, 184. — Epithéliome kystique bénin, 185. — Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique, 185 — Chancres syphilitiques des deux amygdales contractés par la succion des seins, 185. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 13 mars* 1897. Présidence de M. Voisin, 185. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 27 avril* 1896. Présidence de M. Dromain, 187. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 29 décembre* 1896. Présidence de M. Leroux, vice-président, 187. — **Société de chirurgie** : *Séance du 17 mars* 1897. Présidence de M. E. Delens. Angiocholite infectieuse à coli bacille. Cholécystotomie, 188. — Péritonite purulente généralisée. Laparotomie. Guérison, 188. — Fracture des jambes, 189. — Kyste hydatique de la partie supérieure du foie opéré par la méthode de Lannelongue, 189. — **Variétés** : Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement (*Séance du 8 février* 1897. Présidence de M. le Dr Desnos), 189. — **Nouvelles**, 190. — **Bulletin bibliographique**, 191.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'alimentation des tuberculeux soignés à domicile par les médecins des bureaux de bienfaisance (1).

Par M. Séailles,

Président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance s'occupe depuis longtemps d'améliorer le sort des malades tuberculeux, qui, pour une raison quelconque, sont soignés à leur domicile, soit que les hôpitaux refusent de les admettre, soit qu'ils aiment mieux rester dans leur famille.

Nous venons d'obtenir la désinfection de leur habitation, la distribution de crachoirs, afin d'éviter la propagation de la maladie par les crachats. Nous tiendrons la main à l'application de ces mesures.

Mais ce n'est là que prophylaxie, que défense contre l'infection.

C'est un progrès réel, mais il y a, à côté, une question au moins aussi intéressante; car si, par ces moyens, on défend les autres de la contagion, par contre on s'occupe peu du patient lui-même.

C'est à nous à demander qu'on s'aperçoive que notre malade est là; à nous efforcer de lui faire donner un peu du nécessaire à défaut de superflu.

Jusqu'à présent, nous sommes parvenus à faire admettre à l'hôpital les tuberculeux isolés ou abandonnés des leurs. Ceux-là, on est bien obligé de les garder, car, incapables de gagner leur vie, ils mourraient dans la rue, si on les renvoyait. A côté de cette catégorie il y a ceux qui ont encore une famille plus ou moins éloignée. De ceux-là on se débarrasse le plus tôt possible, et, aussitôt qu'ils peuvent se tenir debout, on les réadresse à leurs proches. Ils reviennent alors se coucher sur leur grabat dans un coin de la chambre où habitent communément cinq ou six personnes de tout âge et souvent plus. Et la charge est grande à Paris à qui n'a pour vivre que le produit de son travail, et, le plus souvent, une nombreuse famille à élever.

La plupart du temps le malade reste à la maison, pendant les occupations journalières des autres; s'il est encore valide il aide au ménage, prépare le modeste repas et perd ainsi ce qui lui reste d'appétit. Les fades odeurs, la chaleur du poêle, qui sert à tous les usages, chauffage du logement, cuisson des aliments, n'ont pas la propriété de relever ou d'exciter le désir de manger. De plus la cuisine de nos indigents n'est pas très variée : du pain, de la soupe à la graisse, des pommes de terre, quelquefois de la viande à bon marché. Malheureusement, souvent des choses considérées comme excitantes et vite préparées, voilà le fond de de l'alimentation du pauvre. Cette alimentation ne convient pas ou convient peu au tuberculeux; le salaire insuffisant et restreint de la plupart des familles chez lesquelles nous soignons ces sortes de malades ne leur permet pas de choisir, pour lui, une autre nourriture spéciale, plus substantielle et surtout plus facilement digestible.

Il y a là une cause indiscutable d'affaiblissement pour notre tuberculeux.

(1) Communication à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, séance du 10 février 1897.

Comme je le disais dans un travail antérieur : « Le « tuberculeux qui est admis à l'hôpital est nourri, re- « lativement bien nourri ; celui qui est soigné à domi- « cile meurt de faim ou tout au moins n'a pas la nour- « riture suffisante qui lui est indispensable pour aider « à sa guérison. »

Il est de notre devoir, à nous, médecins du Bureau de bienfaisance, de faire combler cette lacune, en recherchant les moyens pratiques d'assurer au tuberculeux, que nous traitons à domicile, une alimentation rationnelle qui lui permette de lutter contre les causes d'affaiblissement que lui procure son état maladif.

Nous savons tous aujourd'hui que la tuberculose, reconnue dès le début, est une maladie curable ; il nous faut donc lutter par tous nos moyens contre les manifestations de cette affection, d'abord contre les lésions pulmonaires, par la thérapeutique variée qui est entre nos mains, en nous efforçant de les empêcher d'évoluer, et plus tard de les cicatriser, ensuite contre la dénutrition progressive qui se manifeste d'assez bonne heure chez ces malades.

Au Bureau de bienfaisance, c'est contre ce dernier facteur que nous sommes le plus mal armés. Dans sa séance du 11 décembre 1896, M. Bompard, conseiller municipal, a déposé une proposition tendant à la création de secours représentatifs d'hôpital. C'est là, peut-être, un moyen d'augmenter la ration alimentaire des malades qui nous occupent, mais qui sait si cette somme ira à son adresse ; en tout cas elle ajoutera au menu habituel de la famille.

Mon savant ami et collègue le Dr Arthaud, dans un extrait des *Annales de la policlinique* (mai 1891), s'exprime ainsi sur la question alimentaire : « La « physiologie nous apprend que tout être vivant qui, « par inanition progressive ou absolue, perd le tiers de « son poids, est, par ce fait même, en danger de mort « imminente. Il faut assurer au malade une ration d'en- « tretien suffisante dans le sens que les hygiénistes « attachent à ce mot et trouver le moyen de la lui faire « absorber. »

Tous les médecins qui se sont occupés du traitement de cette maladie sont d'accord sur la question de l'alimentation.

Pour nos tuberculeux, je ne parle ici que de ceux qui nous intéressent, c'est-à-dire ceux qui sont dénués de tout, il faut que nous leur procurions sous une forme forcée la ration d'entretien facilement absorbable dont on parlait tout à l'heure. Nos ressources actuelles sont nulles.

Comment s'y prendre, pour être sûr que ce que nous allons tenter de faire fournir à nos malheureux ira bien à celui pour qui nous l'ordonnerons ?

Actuellement nous n'avons comme aliment, dans les Bureaux de bienfaisance, que l'huile de foie de morue. Cet aliment n'agit qu'à grosses doses. Beaucoup de malades éprouvent une répugnance invincible pour ce médicament alimentaire de haut goût ; beaucoup d'autres ne peuvent le supporter. Cependant chez ceux qui le tolèrent nous possédons là un puissant moyen de lutter contre l'inanition. Nous avons aussi la glycérine et c'est tout ; à mon avis, ce n'est pas assez.

Il est un aliment que je considère comme indispensable pour nos tuberculeux, c'est le lait.

Il n'est pas besoin de le prodiguer, d'en donner de grandes quantités ; un litre, un demi-litre même, tous les jours, serait un puissant adjuvant à l'alimentation rudimentaire de nos pauvres.

Une Commission nommée sur l'initiative du Conseil municipal de Paris fonctionne en ce moment, chargée d'étudier les voies et moyens de fournir le lait gratuitement ou de le céder au prix de revient aux malheureux inscrits dans les Bureaux de bienfaisance. Le service rendu aux familles pauvres sera très grand, et j'approuve de toutes mes forces la louable pensée qui fait agir ceux qui s'occupent de cette intéressante question. Les enfants, les malades : cardiaques, brightiques, cancéreux de l'estomac en profiteront dans une certaine mesure. C'est une satisfaction qui sera en même temps donnée aux réclamations réitérées si souvent au sein de notre Société.

Malheureusement le lait donné dans ces conditions ne sera pas, la plupart du temps, pris par le malade. Toute la famille en profitera, et l'on fera la soupe pour tous. Ne croyez pas que je porte contre ces pauvres gens une accusation quelconque de malversation. Non ! je connais trop et depuis trop longtemps la misère qui règne dans ces milieux pour ne pas excuser ces compréhensibles faiblesses.

Mais, dans la question particulière qui nous occupe en ce moment, ce que nous désirons, c'est trouver le moyen de faire absorber à notre phthisique une dose journalière de lait.

Pour arriver à ce but, un seul moyen me paraît pratique. Tous les matins, sur un bon du médecin traitant, on fera délivrer par la pharmacie du dispensaire, un litre ou un demi-litre de lait médicamenteux, c'est-à-dire additionné d'iodure de potassium, de glycérophosphate de chaux, de chlorure de sodium ou de tout autre produit jugé bon par le médecin. Cette manière de procéder empêchera l'abus que je signalais plus haut. Les indigents, ignorant ce que le lait contiendra, ne le donneront qu'au malade et celui-ci seul profitera du sacrifice fait, tout en se nourrissant et se soignant à la fois.

D'autres aliments indispensables, si nous voulons arriver à guérir cette maladie, pourront encore, toujours sous forme de médicaments, être administrés aux tuberculeux ; je veux parler des poudres de viande, des fécules de lentilles, de pois, d'avoine, etc.

Les médecins du Bureau de bienfaisance formuleraient sur le carnet à souches ou sur des bons, pour un certain nombre de jours, les poudres à employer, ils les feraient diviser en paquets à prendre chaque jour. Ainsi notre malade, tout en vivant de la vie

mmune, aurait en outre une alimentation plus forte, us le couvert pharmaceutique.

En somme, il est reconnu que l'inanition progressive, e la dénutrition est un des grands dangers qui menace phthisique du Bureau de bienfaisance ; il est reconnu e les familles indigentes sont incapables de procurer eur malade la dose alimentaire physiologique propre ider à sa guérison ; il est donc urgent que l'Assis- nce publique s'occupe de lui fournir cette ration sous forme dissimulée que j'ai indiquée.

J'en conclus que dorénavant les pharmaciens des dis- nsaires soient autorisés à délivrer sur bon des méde- as traitants :

1° Le lait médicamenteux à la dose de un litre ou un mi-litre par jour ;

2° Des poudres de viandes peptonisées ou phosphatées, s fécules de lentilles, de pois, d'avoine, etc., par pa- ets dosés pour la journée.

Il n'est pas de guérison possible de la tuberculose ns cette alimentation substantielle et facilement assi- ilable, qui augmente la résistance des malades, tout ménageant un organe important, l'estomac.

Nous avons déjà contre nous l'insalubrité du loge- ent; nous sommes arrivés à le rendre moins nuisible, r les mesures de prophylaxie prises récemment ; fai- ns maintenant tous nos efforts pour augmenter encore s chances de survie de ces pauvres gens, en leur fai- nt fournir les moyens de lutter contre leur terrible fection.

Les dépenses seront peut-être un peu grosses, mais Pharmacie centrale des hôpitaux peut fournir les oudres alimentaires au meilleur marché. Quant au it, la Commission l'aura au meilleur compte, et je ne ense pas que le budget soit déséquilibré par l'adoption e cette création indiscutable. Les secours représenta- fs d hôpital, proposés par M. Bompard au Conseil mu- icipal, pourraient être affectés à ces dépenses pour les alades tuberculeux soignés à domicile.

J'espère que la Société médicale des Bureaux de bien- isance se rangera à mon avis et approuvera à l'una- imité ces conclusions.

BIBLIOGRAPHIE

athogénie des myocardites, par MM. A. WEBER et BLIND.

Les auteurs de ce savant et très consciencieux travail e sont donnés pour tâche de faire disparaître les cau- es de confusion qui existent encore sur la nature ième des myocardites, leur pathogénie, et leurs diffé- entes variétés. C'est sur l'anatomie pathologique et urtout sur l'histologie qu'ils se sont appuyés pour dé- erminer la genèse de ces affections.

Corvisart le premier porte son attention sur l'état u myocarde dans les affections inflammatoires du cœur ; après lui, Louis, Andral, Graves et Stockes observent les lésions de la fibre cardiaque dans la fièvre typhoïde. Avec Rokitansky et Virchow nous entrons dans l'analyse histologique qui se poursuit avec Bœttcher, Waldeyer, Hoffmann et Rosenbach ; on décrit alors des inflammations du myocarde avec ses divers modes de dégénérescence dans la diphthérie, la scarlatine ; en même temps la myocardite parenchy- mateuse est distinguée de la myocardite interstitielle.

Le travail de Hayem sur les *myosites symptomatiques* comprend l'exposé à peu près complet des myocardites aiguës, dans lesquelles il décrit trois degrés dans l'al- tération de la fibre musculaire, ainsi que les lésions du tissu conjonctif et des vaisseaux. Les dégénérescences granulo-graisseuse et granulo-vitreuse sont constatées ainsi que l'endartérite proliférante, aussi « la régé- nération est-elle plus douteuse dans le cœur que dans les muscles de squelette ».

En 1870 apparaît le mémoire de Desnos et Huchard sur la myocardite varioleuse, mémoire qui vient ainsi compléter avec ceux de Jaccoud et Sevestre sur l'éry- sipèle, de Vallin sur la tuberculose aiguë et la malaria, de Jürgensen sur la pneumonie, les recherches faites sur les myocardites aiguës secondaires à une maladie infectieuse. Dans ces dernières années les travaux de Lacombe, Huguenin, Rabot et Philippe, Beaumé ont porté sur l'ensemble des myocardites aiguës.

Les *myocardites chroniques* appelées aussi sclérose ou cirrhose du cœur, ont été étudiées également par Cor- visart, Burns et Testa, Lancereaux, puis à une époque plus rapprochée par Letulle, Debove, Rigal et Juhel- Renoy, Hippolyte Martin, Leyden, Weber et Huchard, Nicolle, etc. (1879-1889), ces différents auteurs émet- tant des opinions d'autant plus divergentes qu'ils étaient loin de s'entendre sur le sens même du mot myocardite.

Aussi reprenant la question *ab ovo*, MM. Weber et Blind se sont-ils proposé de chercher la solution du problème dans « l'interprétation logique des lésions dites de myocardite aiguë et une bonne définition de l'inflammation conforme aux faits observés ». Ils font donc une étude minutieuse de l'anatomie pathologique des myocardites aiguës qu'ils divisent en *myocardite suppurée* et *myocardite aiguë diffuse*.

1° La première se présente ou bien sous forme d'ab- cès, cas le plus rare, car le pus s'y trouve collecté en foyers ne dépassant pas le volume d'une noisette, pou- vant être d'origine métastatique ou provenant de la transformation purulente ou gangréneuse d'infarctus hémorragiques ; ou bien cette myocardite suppurée est infiltrée, véritable phlegmon du cœur ; elle est dans ce cas toujours secondaire à une suppuration de l'endocarde ou du péricarde.

2° La myocardite aiguë diffuse, la plus importante à connaître, n'est pas toujours visible à l'œil nu ; ce n'est que lorsque les lésions sont avancées que la couleur rouge habituelle est remplacée par cette teinte gris

rosé ou jaunâtre parsemée de taches plus pâles qui est caractéristique ; en même temps le muscle cardiaque est plus mou, d'où dilatation et amincissement des parois.

Au microscope on s'aperçoit que tous les éléments constitutifs de myocarde sont atteints ; la *trame conjonctive* est infiltrée par des cellules rondes, leucocytes extravasés que l'on trouve surtout au voisinage des vaisseaux ou aux points d'entrecroisement du tissu conjonctif, sans qu'il y ait lieu de songer à un processus de suppuration, les veinules sont dilatées et on a noté parfois des foyers hémorragiques ; il y a en somme une sorte de transsudation œdémateuse de tout le tissu interstitiel, les espaces conjonctifs sont élargis et les fibrilles conjonctives ont, au voisinage des gros vaisseaux surtout, augmenté d'épaisseur et de réfringence. Les *vaisseaux* sont atteints dans la grande majorité des cas d'endartérite oblitérante pouvant être le point de départ d'une thrombose ; on peut observer dans les espaces périvasculaires des foyers hémorragiques microscopiques ; les veines sont ordinairement indemnes mais dilatées.

Les *lésions parenchymateuses* sont entre toutes les plus fréquentes, les plus caractéristiques et les plus constantes. La fibre musculaire est altérée dans son protoplasma qui, envahi de fines granulations, a perdu sa situation, et dans son noyau; c'est la dégénérescence granuleuse; on trouve aussi des foyers colloïdes, mais jamais de dégénérescence graisseuse, jamais de lésions d'inflammation directe de la fibre cardiaque. Il n'y a pas là un processus actif mais une altération régressive comme le montrent les lésions de myocardite segmentaire décrites par Renaut et Landouzy et qui sont la conséquence d'une véritable dystrophie. Quant aux noyaux ils sont augmentés de volume et de nombre.

Les lésions observées dans les *myocardites chroniques*, et il est nécessaire d'éliminer ici la syphilis, la tuberculose et le cancer du cœur, peuvent être considérées dans deux variétés de cœur scléreux, le cœur rénal, volumineux, peu dilaté (hypertrophie concentrique), et le cœur des artério-scléreux toujours dilaté (hypertrophie excentrique) Au point de vue histologique on peut considérer trois catégories de lésions distinctes ou associées :

1° Les *scléroses paravasculaires* (forme dystrophique) dans lesquelles les petits vaisseaux sont atteints d'endartérite oblitérante, la fibre musculaire est atrophiée ou atteinte de dégénérescence hyaline, et le tissu interstitiel est sclérosé à différents degrés, ce qui permet de distinguer une sclérose jeune et une sclérose ancienne, dure, les foyers de sclérose étant toujours éloignés des vaisseaux (travaux de Huchard et Weber) ;

2° Les *scléroses périvasculaires* (forme inflammatoire) présentent des lésions que l'on peut rapprocher de celles qui ont été décrites par Bard et Philippe sous le nom de *myocardite interstitielle chronique primitive* ; elles consistent en prolongements fibreux naissant d'une plaque scléreuse enveloppant une artériole qui n'est point atteinte d'endartérite ; ces prolongements pénètrent entre les faisceaux de fibres musculaires qu'ils dissocient et étranglent en quelque sorte ;

3° Les *scléroses du cœur cardiaque* produites par la stase veineuse sont remarquables par la congestion des veines et des capillaires qui forment un riche lacis emprisonnant les fibres musculaires ; sous l'influence de cette congestion le tissu conjonctif périvasculaire augmente de volume, devient œdémateux, tandis que les fibres musculaires, tantôt atrophiées, tantôt hypertrophiées, finissent par subir un travail de dégénérescence, le tissu conjonctif interstitiel ne tarde pas à prendre leur place.

Cette étude anatomo-pathologique terminée, les auteurs abordent la question de pathogénie proprement dite. Pour eux trois facteurs semblent présider à la genèse des altérations aiguës du myocarde ; ce sont les microorganismes, leurs toxines et l'hyperthermie. Ce dernier n'est pas suffisamment bien établi parce qu'on le considère comme pouvant agir à l'état isolé. Quant aux autres, il s'agit de savoir s'ils peuvent produire *l'inflammation* du myocarde.

Et d'abord que faut-il entendre par ce mot d'inflammation ?

C'est un phénomène secondaire, évoluant d'une façon aiguë rapide, et caractérisé par des troubles vasculaires, et de plus un acte intermédiaire entre la lésion destructive primitive et une néoformation ou régénération finale des tissus.

Or des microbes et en particulier le bacille d'Eberth ont été observés dans les parois vasculaires et le tissu interstitiel du cœur ; mais on le sait, les toxines mieux que les éléments figurés sont actives. Dans les expériences faites en particulier par Charrin, par Thérèse, l'injection de toxines a pu déterminer les lésions de myocarde mais non une myocardite vraie. Weber et Blind, par des injections de liquides irritants tels que l'alcool et l'essence de térébenthine, ont produit dans le myocarde des lésions interstitielles et des lésions parenchymateuses, celles-ci prépondérantes ; aussi admettent-ils qu'il existe trois processus successifs dans l'évolution de la myocardite aiguë : d'abord une altération parenchymateuse survenant à la suite de l'introduction dans l'organisme d'un agent nuisible quel qu'il soit, avec *restitutio ad integrum* ou nécrobiose suivant l'intensité de l'action. Quand la cardionécrose s'établit rapidement il se fait une réaction inflammatoire, d'où phagocytose et enlèvement des déchets nécrobiotiques par le torrent circulatoire. Enfin survient le stade de réparation ou régénération des tissus.

Il faut donc à l'origine des lésions infectieuses du myocarde rechercher un stade ou processus de nécrose parenchymateuse.

Les myocardites chroniques ont une étiologie et une pathogénie très obscures ; jusqu'ici c'est à la sénilité que l'on a attribué un rôle prépondérant, mais outre

e l'on n'est pas d'accord sur la nature même des lé-ons séniles, on peut trouver la myocardite chronique ez des sujets relativement jeunes. De plus, la majo-é des auteurs fait des lésions de myocardite chro-que un reliquat des myocardites aiguës, mais elle ne ent pas compte alors des intoxications lentes aux-elles tout individu est sujet de par sa constitution et ses bitudes hygiéniques, ainsi que des faits dans lesquels ne peut trouver une infection aiguë. Pour MM. We-r et Blind la même étiologie préside au développe-ent des lésions aiguës et chroniques du myocarde; les ne diffèrent entre elles que par la rapidité de leur olution, ce qui implique, dans le premier cas, la pré-minance du processus nécrobiotique, dans le second, lle du processus régénérateur; aussi à côté des uses qui donnent naissance aux altérations chroni-ues du péricarde et de l'endocarde doit-on placer utes les causes de l'athérome artériel.

Quant à la pathogénie proprement dite, elle doit être udiée dans les trois formes décrites au chapitre de anatomo-pathologie pure.

1° *La sclérose dystrophique*, véritable lésion de nutri-on, est caractérisée par la lésion de l'endartère, elle se ouve chez les cardiopathes artériels. Or, si à travers les arois d'un vaisseau sain il se fait une transsudation con-nue de liquide nourricier, ce courant s'affaiblit dès ue le vaisseau est altéré et les éléments nobles de organe en souffrent, la lésion débutant par les élé-ents les plus éloignés du centre circulatoire. Dans ce as, il y a donc d'abord ischémie puis métamorphose égressive de la fibre musculaire et enfin, proceesus ctif de régénération par le tissu interstitiel ou de sou-ènement, ce dernier ayant besoin d'une nourriture oins abondante que l'élément parenchymateux.

Les déchets provenant de la nécrobiose des fibres nusculaires, que celles-ci aient subi toutes les variétés e dégénérescence étudiées à l'anatomie pathologique, ont entraînés par le système lymphatique si le travail le décomposition est lent; dans les autres cas, il y a ntervention des phagocytes.

Enfin, la régénération se fait : ce sont les fibrilles conjonctives qui semblent jouer le rôle principal; elles s'allongent, s'épaississent de façon à combler immédia-tement les vides que laisse la disparition des éléments musculaires.

2° *La sclérose péri-artérielle*, celle des cardiaques val-vulaires, peut revêtir des aspects différents : ou bien elle est due à une hypergénèse des éléments du tissu conjonctif consécutive à l'adultération du périartère par une infection d'origine lymphatique ou à la des-truction des cellules connectives par les poisons en cir-culation; ailleurs, elle est la conséquence directe de l'œdème chronique, le stroma conjonctif d'hypernutri-tion se développant sans réaction inflammatoire; enfin, dans nombre de cas, l'hypergénèse du tissu conjonctif serait consécutive à l'atrophie sénile des éléments mus-culaires.

3° *La sclérose idiopathique* du cœur cardiaque par stase veineuse se rencontre dans les cardiopathies val-vulaires, dans les cardiopathies secondaires aux scléroses et à l'emphysème du poumon ou à la sclérose des reins. La dilatation de l'oreillette droite produit par régurgitation à travers la valvule de Thébésius un en-gorgement des capillaires du cœur d'où transsudation exagérée de la lymphe nutritive, œdème du tissu con-jonctif et aussi hypertrophie de la tunique externe des vaisseaux. La fibre musculaire, d'abord hypertrophiée par apport excessif des matériaux nutritifs finira par s'atrophier par défaut d'élimination des substances ex-crémentielles et dégénérera. En même temps le tissu conjonctif se développera outre mesure comme dans la sclérose péri-artérielle.

En résumé, le processus pathogénique des lésions du myocarde comprend deux stades bien distincts : d'abord des lésions de nutrition aboutissant à la mort de l'élé-ment cellulaire (cardio-nécrose) et dues, dans les myo-cardites aiguës à l'action des microbes, des toxines ou même de l'hyperthermie, dans les myocardites chroniques à un trouble circulatoire (ischémie arté-rielle ou stase veineuse) — puis un stade de réac-tion (cardiogénèse) se présentant tantôt sous forme d'inflammation proprement dite avec phagocytose, tantôt sans réaction inflammatoire avec hypergénèse du tissu conjonctif.

Telle est la conclusion de ce travail très approfondi élaboré dans le laboratoire de notre maître M. le Dr Huchard. Comme toutes les œuvres qui sont sorties de cette école, il présente des grandes qualités de soli-dité et d'originalité. Désormais, la pathogénie des myocardites aiguës et chroniques nous semble élucidée et nous ne pouvons que féliciter MM. Weber et Blind d'avoir ainsi mis au point une question d'origine toute française. Nous remercions en même temps notre col-lègue M. Blind d'avoir offert à notre Société le tirage à part de ce travail que nous avons lu avec un grand intérêt. Le long exposé que nous venons d'en faire en est la meilleur preuve.

Dr H. Kortz.

REVUE DE LA PRESSE

Action du suc de thymus sur la circulation et sur la mort dite thymique des enfants, par K. Svehla (*Wiener med. Blætter*, n° 52). — L'auteur a résumé son travail dans les conclusions suivantes : L'extrait de thymus d'homme, de veau, de porc, de chien agit de la façon suivante chez les chiens lorsqu'on l'injecte dans les veines.

1° Il se produit un abaissement de la pression par suite de l'affaiblissement ou de la paralysie des vaso-constricteurs.

2° L'injection détermine une amélioration du pouls par une action directe sur le cœur même.

3° De hautes doses amènent la mort de l'animal dans des symptômes d'agitation, de dyspnée suivis de collapsus. L'autopsie démontre que la mort est produite par asphyxie.

4° On peut avec quelque vraisemblance considérer l'asthme thymique et la mort thymique comme la conséquence d'une hyperthymisation du sang. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1897. — Présidence de M. Laventou.

Intoxication par les huitres. — M. J. Chatin fait un rapport sur un travail adressé par M. le Dr Mangenot et relatif a un cas de mort causé par des huîtres. Quelques cas du même genre ont été observés récemment en France et à l'étranger. Il y a donc une question de l'huître et cette question a été posée au mois de juin dernier par MM. Chantemesse et Cornil devant l'Académie qui a adopté le vœu suivant: « L'Académie, convaincue que la consommation d'huîtres ayant séjourné dans un parc dont l'eau est polluée peut déterminer des troubles gastro-intestinaux et même la fièvre typhoïde avec ses graves conséquences, émet le vœu que l'autorité compétente fasse surveiller l'aménagement des parcs du littoral ainsi que les importations étrangères et exige que les huîtres provenant des localités reconnues contaminées soient placées pendant huit jours avant leur mise en vente sur un point de la côte baigné par l'eau pure de la mer. »

Dans l'eau de mer les mollusques résistent beaucoup mieux au bacille d'Eberth que dans un mélange d'eau de mer et d'eau douce et dans de l'eau saumâtre ; les recherches bactériologiques sont sur ce point tout à fait d'accord avec les conclusions adoptées l'an dernier par l'Académie.

M. Chatin père. Un commissaire de la marine a fait la visite de tous les établissements ostréicoles de Dunkerque au golfe de Gascogne et n'a trouvé qu'à Granville un parc dans de mauvaises conditions hygiéniques, et encore on n'a jamais observé d'accident causé par les huîtres de Granville. Les commissaires de marine s'occupent donc actuellement de cette question.

Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif. — M. Cornil lit une note sur ce sujet.

M. le Président déclare une vacance dans la section de pathologie médicale par suite de la mort de M. Strauss.

La semaine prochaine l'Académie se formera en comité secret à 4 h. 1/2, pour entendre le rapport de M. Reclus sur les candidats dans la section de médecine opératoire.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (1re division).

Pour la première place, sur 54 votants, majorité 28; M. Coni est élu par 32 voix contre 9 à M. Janssens, de Bruxelles, 8 à M. Benedikt (de Vienne), 2 à M. Petrini, de Galatz, et 3 bulletins blancs.

Pour la seconde place, sur 53 votants, majorité 28, M. Pétrini obtient au premier tour 25 suffrages, M. Janssens 21 et M. Benedikt 7; il y a ballotage.

Au deuxième tour de scrutin, sur 53 votants, majorité 26, M. Janssens, de Bruxelles, est élu par 39 voix contre 25 à M. Pétrini et 2 à M. Benedikt.

Otite sèche. — M. Malherbe lit un travail sur le traitement de l'otite sèche moyenne par l'évidement pétro-mastoïdien.

Lithiase intestinale. — M. Reclus, en moins de huit jours, vient de trouver cinq observations des plus nettes dans lesquelles la colique appendiculaire était nettement liée à la lithiase intestinale. Si au lieu de prendre le petit groupe des entérocolites, on prenait le grand groupe des entérites, on trouverait un nombre bien plus considérable d'observations. L'appendicite reconnaît trois grands groupes de causes : 1° les corps étrangers qui se sont arrêtés dans l'appendice et qui forment au moins le quart des cas; 2° les appendicites de voisinage provoquées par les colites et les entérocolites ; 3° les appendicites qui succèdent à un état général infectieux ; grippe, amygdalite, etc. Ces trois ordres de faits peuvent provoquer des appendicites par un processus qui est toujours le même : inflammation d'abord légère portant sur la muqueuse, et devenant grave à cause de la conformation de l'appendice et de la stagnation des liquides. Lorsque les liquides stagnent dans l'organisme ils ont une grande tendance à s'inoculer; il se fait là une exaltation des microbes, de sorte que l'appendicite éclate à la moindre provocation.

Cette manière de voir est très différente de celle de M. Dieulafoy ; il n'en faut pas moins reconnaître que c'est grâce à la communication de M. Dieulafoy que cette question a été mise à l'ordre du jour de toutes les sociétés et que les premières lueurs ont commencé à l'éclairer.

A 4 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1897. — Présidence de M. Debove.

Tubercule solitaire de la moelle. — M. Marfan. Un enfant de 2 ans et 2 mois est pris subitement d'une paraplégie spasmodique complète avec incontinence des matières fécales et des urines. Au bout de trois semaines, la paraplégie s'améliore un peu, mais l'incontinence persiste toujours, très marquée. En raison du début subit de la paraplégie qui a atteint d'emblée son maximum pour s'atténuer ensuite, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une hématomyélie. Comme l'hématomyélie est toujours secondaire, il y avait lieu de se demander quelle était la lésion primitive. On pouvait hésiter entre la syphilis et la tuberculose. La syphilis ayant pu être écartée, je pensai à un tubercule solitaire de la moelle ayant déterminé une hématomyélie. L'enfant étant mort à l'âge de 3 ans, l'autopsie confirma ce diagnostic.

Un tubercule, gros comme une petite noisette, occupait presque toute la substance médullaire, au niveau de l'émergence de la 2e et de la 3e paires sacrées ; on trouvait en outre une hématomyélie de la zone immédiatement sus-jacente, des hémorragies sus-arachnoïdiennes, une poliomyélite ascendante hémorragique, et une phlébite intense et diffuse des veines de la pie-mère, dont le foyer principal correspond au foyer même de l'hématomyélie.

Infection pneumococcique généralisée dans la pneumonie. — MM. Dufloco et Ledamany ont dernièrement observé un homme de 51 ans atteint de pneumonie avec ictère qui a guéri, et dans le sang duquel, dans le cours de

maladie, ils ont pu à plusieurs reprises constater la présence du pneumocoque.

On peut conclure de cette observation :

1° Que la pneumococcie généralisée n'appartient pas exclusivement aux formes infectantes et fatalement mortelles de la pneumonie ; 2° mais avec plus de réserves, que cette pneumococcie généralisée est peut-être moins rare chez l'homme qu'on ne le pense. Certains auteurs croient même qu'elle est constante ; il suffirait de la chercher. Telle est l'opinion de Casati pour qui le pneumocoque peut se trouver dans le sang dès le 2e jour de la maladie.

De l'entéro-colite muco-membraneuse chez l'enfant. — M. Comby. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'entéro-colite muco-membraneuse (entérite folliculaire des auteurs allemands) est tantôt aiguë, fébrile, nettement infectieuse, tantôt torpide, apyrétique, caractérisée uniquement par les selles membraneuses. Je l'ai rencontrée surtout chez les enfants dyspeptiques de longue date, mal nourris, suralimentés, sevrés trop tôt. Parfois on retrouve l'arthritisme dans la famille, et la lithiase intestinale (Dieulafoy) peut accompagner les glaires et les membranes.

A l'examen direct, on trouve de la mousse, du pus, du sang, des débris vermiformes ; au microscope, des leucocytes, des cellules épithéliales, de la mucine, de nombreux microbes (bactérium coli surtout). A l'autopsie, muqueuse intestinale épaissie, infiltrée, desquamée, follicules hypertrophiés ou ulcérés, etc. Dans l'intervalle des crises, la santé est satisfaisante, puis, lors des crises, l'enfant a des envies incessantes d'aller à la selle, ne rendant chaque fois que des mucosités sanglantes, des glaires, quelques débris muco-membraneux. La fièvre s'allume (39°, 40°), l'état général est mauvais (prostration, état cholériforme). C'est alors qu'on peut voir des éruptions urticariennes ou morbilliformes. Au bout de huit à dix jours l'orage se passe et l'enfant revient à la santé, jusqu'à une nouvelle crise qui se déclare à l'improviste, deux, trois ou six mois après la première.

On distinguera aisément l'entérite folliculaire des diarrhées banales de l'enfance par les caractères spéciaux des garde-robes. La dysenterie sera écartée en l'absence d'épidémie et de selles râclure de chair, avec hémorragie abondante. Il sera aisé d'éliminer la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, dans les cas d'entérite avec érythèmes.

Le traitement est très important. Outre les préceptes d'hygiène infantile applicables à titre prophylactique, on agira différemment au moment *des crises* et dans leur *intervalle*.

1° *Au moment des crises* : diète lactée absolue ou diète hydrique si le lait est mal supporté ; au besoin lait d'ânesse. Si l'enfant est au sein, les tétées seront écartées (toutes les trois heures). En cas de fièvre forte (39°, 40°), bains de dix minutes à 38°, 28° et même 25°. A défaut de bains, cataplasme sur le ventre. Grands lavages de l'intestin avec de l'eau tiède boratée (2 0/00). En cas d'algidité et de collapsus, injections sous-cutanées de sérum artificiel (10 à 20 centimètres cubes répétés plusieurs fois dans la journée.

Donner le calomel à doses fractionnées : 1 centigramme deux à trois fois par jour ;

2° *Après les crises* : hygiène alimentaire très sévère, lait, laitages, bouillies de farine, œufs mollets, pas de vins ni liqueurs fermentées, pas de viande ni légumes indigestes, pas de fruits ni crudité. On combattra la constipation habituelle en pareil cas par les suppositoires glycérinés ou les petits lavements de glycérine (4 à 5 grammes). On donnera, par jour, pendant dix jours tous les mois, deux paquets contenant chacun :

Bicarbonate de soude..... } ää 0 gr. 25
Magnésie calcinée..... }
Poudre de noix vomique..... 0 gr. 01 à 2 cent.

M. Marfan. Il ne faut pas confondre l'entérite muco-membraneuse du premier âge et celle de l'adulte. La première est une maladie manifestement infectieuse, suraiguë, à rechutes, qui affecte souvent des allures très graves. Dans un cas que j'ai observé récemment on aurait pu croire — et on avait cru — à une méningite. L'existence de selles glaireuses et sanguinolentes me fit porter le diagnostic et le pronostic convenables. Il s'agit probablement là d'une colite infectieuse de nature un peu spéciale et encore mal déterminée.

M. Mathieu. Cette évolution suraiguë, pour être rare chez l'adulte, se rencontre cependant quelquefois, notamment sous forme de crises, ainsi que je le rappelais dans la dernière séance. On peut voir aussi chez l'adulte des selles glaireuses sanguinolentes (entéro-colite dysentériforme de Lasègue).

M. Comby. On pourrait dire que chez l'enfant comme chez l'adulte la maladie affecte deux formes, l'une chronique, l'autre aiguë (celle-ci beaucoup plus fréquente dans le jeune âge), mais cette dualité de forme ne me paraît pas correspondre à une dualité nosologique. J'ajouterai que la colite muco-membraneuse m'a paru être souvent cause d'appendicite.

M. Mathieu. J'ai vérifié trop souvent cette relation de cause à effet pour ne pas repousser l'opinion inverse de M. Dieulafoy.

Ulcère rond perforant aigu de l'estomac. — MM. Widal et Meslay rapportent une observation qui semblerait démontrer l'origine infectieuse de certains cas d'ulcère de l'estomac. Un homme, âgé de trente ans, fit de l'infection généralisée à la suite d'un simple durillon suppuré du pied. Il succomba au bout de quelques jours sans avoir ni vomi, ni rendu du sang par l'anus. A l'autopsie, on trouva un litre de pus dans le péricarde, de petits abcès dans les reins, un abcès au niveau de l'épididyme, de petites poches suppurées dans les poumons. Dans ces différents abcès on ne trouva que du staphylocoque pur. En ouvrant l'estomac, on découvrit au niveau de la petite courbure une ulcération circulaire, étendue comme une pièce de deux francs, à bords taillés à pic. On n'a pas trouvé à ce niveau de staphylocoque. Malgré cette absence, les auteurs pensent qu'il faut attribuer cet ulcère à la staphylococcie, et peut-être même s'était-il produit par l'intermédiaire d'un abcès à staphylocoques qui avait primitivement creusé la muqueuse stomacle. MM. Letulle et Chauffard ont, du reste, rapporté des observations similaires d'ulcères de l'estomac s'étant produits au cours d'autres affections.

Arthrite blennorrhagique à gonocoque. — MM. Mercier et Metenier rapportent l'observation d'un homme de trente-trois ans, qui à la suite d'une blennorrhagie, eut de la polyarthrite aiguë. La plupart des articulations furent envahies, puis le mal se localisa au niveau du genou qui gonfla dans des proportions considérables. On fit la ponction de cet article et on retira 60 grammes de pus, qu'on ensemença sur bouillon ascite. La culture démontra la présence de gonocoques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 mars 1897. — Présidence de M. Besnier.

Origine microbienne de la calvitie. — M. Sabouraud. Il faut exclusivement désigner sous le nom de *séborrhée grasse* une entité morbide tout à fait particulière, partout uniforme et univoque, dont j'ai donné la description symptomatique et qui réunit sous une même cause microbienne trois ou quatre maladies dermatologiques cataloguées jusqu'ici comme différentes dans les cadres nosographiques.

Cette séborrhée grasse est connue au visage sous le nom d'*acné oleosa* et d'*acné comédon*, au cuir chevelu sous le nom de *séborrée huileuse*.

Sur le corps, sur le visage et au cuir chevelu, elle a pour siège unique le follicule pilaire. La colonie microbienne bacillaire occupe le tiers supérieur du follicule, enveloppé de lames cornées l'enkystant de toutes parts et lui formant un véritable cocon. Cette infection microbienne s'accompagne toujours et partout de deux phénomènes fonctionnels qui sont *l'hypersécrétion de la glande sébacée* et la *chute du poil* dont le follicule est envahi.

Ce phénomène de la dépilation consécutive à l'infection séborrhéique présente une importance considérable. Toutes les fois que le bacille spécifique de la séborrhée envahit un follicule, il se produit autour de ce follicule, et en particulier à sa base, autour de la papille pilaire, un afflux de cellules migratrices. La papille s'atrophie peu à peu, elle fabrique un cheveu de plus en plus grêle et dépigmenté. Finalement elle meurt et le poil est expulsé.

Même sur les régions dites glabres et qui sont toujours duveteuses, ce phénomène se reproduit. Les coupes de la peau montrent dans les follicules dix, quinze et vingt générations successives de follets morts, tués par l'infection et restés sur place englobés dans la colonie microbienne.

Sur les cuirs chevelus une fois envahis, l'infection microbienne demeure endémique, définitive, en sorte que le cheveu une fois tombé ne se renouvelle plus, et l'effusion permanente de ce sébum microbien ensemence un par un les follicules demeurés stériles. C'est ainsi que la calvitie vulgaire, la calvitie des chauves, celle que l'on appelle encore arthritique ou spontanée, se constitue.

Peu à peu, la sclérose progressive de tous les éléments du follicule pilaire amène en lui des changements de forme considérables. Mais l'abondance incroyable et la pureté absolue de l'infection demeurent, alors même que la calvitie est pleinement et définitivement constituée. A aucun moment de l'infection, la papille pilaire n'est directement envahie par le microbe. Il faut donc qu'elle soit impressionnée à distance par les poisons solubles microbiens. C'est ce que j'ai cherché à démontrer.

Il fallait pour cela obtenir d'abord la culture du bacille séborrhéique. Or, cette culture est extrêmement difficile. Elle ne peut être obtenue que par ensemencement parcellaire du sébum sur gélose peptone glycérinée *acide*, après avoir pasteurisé ce sébum pendant dix heures à 65-67° pour détruire les infections secondaires de surface mêlées au sébum effusé.

Dans ces conditions, on obtient après six jours une colonie de couleur rose-brique saillante sur le milieu. C'est la colonie du bacille séborrhéique. La culture obtenue, il restait à voir si le microbe y produit encore une toxine dépilante, ayant une action élective d'atrophie sur les papilles pilaires.

Inoculé profondément sous la peau et dans les masses musculaires du lapin, le liquide toxique a déterminé, sans aucun autre symptôme, quarante jours après l'inoculation, l'alopécie générale.

Dans la calvitie on peut, ou non, croire à la nécessité de la diathèse arthritique, préalable à l'infection microbienne; cela est affaire de croyance. Mais en tous cas, la nature microbienne de la calvitie est certaine et ce fait est du domaine de ceux qu'on peut démontrer.

Traitement du lupus par le parachlorophénol. — M. Barbe. L'emploi du chlorophénol a été préconisé récemment par Elsenberg dans le traitement du lupus. M. Brousse a fait en 1895 à la Société de dermatologie une communication sur l'utilité de ce produit qu'il a employé en solution à 20 p. 100 (chloroline); la même année, un de ses élèves, M. Chabrol, a publié à Montpellier une thèse sur le traitement du lupus tuberculeux, où il cite l'histoire de deux malades traités avec succès par la chloroline. D'après MM. Nicolas et Raoult-Deslongchamps (1), la chloroline jouit d'une valeur antiseptique telle qu'en émulsion à 1/2 0/0, elle est capable de tuer le bacillus anthracis en 45 secondes et les spores charbonneux en moins de 10 minutes, et qu'à l'état de vapeurs agissant sur des cultures desséchées, elle détruit le bacille de Lœffler et la bactéridie charbonneuse en moins de 24 heures et les spores charbonneuses en 3 jours.

A la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion d'expérimenter dans plusieurs cas de lupus le chlorophénol; nous nous sommes procuré ce corps sous la forme de monochlorophénol, et nous l'avons employé en solution à 20 p. 100 dans l'alcool. Cette préparation nous a donné des résultats satisfaisants, surtout dans un cas de lupus vulgaire de la face, tellement étendu qu'il était presque impossible de songer, au début du moins, à le traiter par le galvanocautère, les scarifications ou les caustiques chimiques. L., âgée de 49 ans, a présenté à l'âge de 14 ans, pour la première fois, un lupus de la face qui a été guéri par les scarifications dans le service de M. Vidal. Il y a 4 ans, récidive de la maladie qui est traitée par M. Du Castel à l'aide du thermocautère. En juin 1894, soi-disant à la suite d'une piqûre, survient une tuberculose osseuse du pouce gauche qui amène une tuméfaction notable de la phalange unguéale avec soudure des deux phalanges entre elles, puis une ulcération fongueuse périunguéale.

Le 30 mars 1896, on prescrit une médication reconstituante et on commence le traitement externe par la solution de monochlorophénol qu'on applique à l'aide d'un pinceau d'ouate, en frottant un peu énergiquement; toute la face est badigeonnée, elle devient d'un rouge vif; la douleur est assez cuisante, mais elle se calme bientôt. Le traitement est continué tous les deux jours très régulièrement pendant plusieurs mois. Le 3 août et les jours suivants, on note une très grande amélioration; sur toute la face et principalement sur les joues on voit un réticulum de cicatrices non saillantes. Il reste quelques petits placards lupiques disséminés surtout sur le front, que nous nous

(1) Pouvoir antiseptique de la chloroline (*Province médicale*, 1895).

proposons d'attaquer ultérieurement avec le galvano-cautère, s'il le faut. En même temps, l'état général s'est singulièrement amélioré, la malade a engraissé, le teint est meilleur.

Malheureusement, avec le retour du froid est survenue de la toux, les forces ont décliné et à l'auscultation l'on note maintenant de l'induration des sommets.

En terminant, faisons remarquer que si le chlorophénol présente des avantages réels, il offre un grave inconvénient, c'est d'avoir une odeur très pénétrante, mais à un tel degré que dans la clientèle de la ville la plupart des malades en refusent l'emploi.

Epithéliome kystique bénin. — M. Broco présente une jeune fille de 16 ans 1/2 qui, depuis l'âge de 14 ans, voit se developper lentement aux régions sus-sternales et sus-claviculaires de toutes petites tumeurs arrondies ou ovulaires, faisant à leur maximum de développement une saillie de 1 mm. 1/2 au-dessus du niveau des téguments, dont les dimensions varient de celle d'une petite tête d'épingle à celle d'une petite lentille, d'abord d'un blanc presque mat, puis d'un jaune rosé, sans desquamation, à surface lisse, parfaitement indolentes; elles sont symétriques et disposées sous forme de séries linéaires transversales.

Cette affection, qui est assez rare et qui n'est qu'une difformité cutanée, a été décrite pour la première fois par Darier et Jacques sous le nom d'idradénomes éruptifs.

M. le Prof. Fournier présente un hérédo-syphilitique atteint d'hyperostose de l'extrémité inférieure de l'humérus avec contracture de l'avant-bras sur le bras; en même temps il existe de l'amyotropsie de la région trachiale. M. Fournier croit qu'il s'agit d'une contracture réflexe.

Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique. — MM. Balzer et Griffon présentent un malade dont le bras gauche est parsemé de cicatrices saillantes d'aspect chéloïdien apparues à la place de pustules d'impétigo. L'analyse bactériologique avait relevé dans le pus de ces lésions la présence du streptocoque à l'état de pureté. On voit encore parmi les éléments cicatriciels une pustule en pleine activité.

Ces cicatrices semblent n'avoir que passagèrement les caractères des chéloïdes; elles sont rosées, relativement molles, et non dures et fibreuses. Elles se sont déjà considérablement affaissées et bientôt sans doute elles ne seront plus en élévations sur les téguments du bras.

La persistance des caractères chéloïdiens au niveau d'une cicatrice d'une ancienne blessure au bras du côté opposé nous porte à penser que nous sommes en présence d'un terrain spécial, propice à ce genre de lésions hypertrophiques.

Peut-être doit-on accuser aussi le streptocoque d'avoir amené cette prolifération embryonnaire au niveau de la base des pustules, en y persistant plus longtemps qu'il ne fait d'habitude lorsqu'il cause l'impétigo.

Chancres syphilitiques des deux amygdales contractés par la succion des seins. — M. Jullien. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui, il y a deux mois et demie, suça avec les lèvres les seins d'une de ses cousines; elle se livra ainsi à des manœuvres de succion violentes et prolongées. Or cette cousine était syphilitique, ayant contracté la maladie de son mari, et l'enfant était venu au monde couvert de plaques et d'ulcères. Il est assez difficile de décider si la contagion fut directe ou indirecte, produite par une lésion syphilitique du mamelon ou le dépôt du virus sur ce mamelon par la bouche de l'enfant. Mère et enfant ont tous deux succombé peu après.

Quoi qu'il en soit, la malade est entrée dans mon service le 1er mars avec la syphilide floride la plus intense, une roséole confluente généralisée. Or, cette fille est vierge, elle présente même une imperforation de l'hymen liée à une malformation des organes internes : absence de vagin, matrice infantile, pas de molimen menstruel.

L'accident primitif doit être cherché dans la cavité buccale et il est double, siégeant sur chaque amygdale. Ces chancres ont passé absolument inaperçus de la malade, bien qu'appartenant à la forme ulcéreuse et ayant une étendue considérable. Ils se présentent sous la forme d'un ulcère à fond anfractueux, couleur saumon, avec des bords durs et élevés, empiétant un peu sur le voile du palais et plaqués çà et là de surfaces argentées. Le système ganglionnaire est abondamment imprégné : les deux ganglions de l'angle de la mâchoire, les prémastoïdiens, les sous-mentonniers, la plupart des cervicaux, même les sus-claviculaires, ce qui s'expliquerait par le tempérament particulier de la malade, ayant beaucoup souffert dans l'enfance d'adénites tuberculeuses.

Ce cas nous a paru doublement intéressant, sous le rapport de son origine et de sa modalité, le chancre double de l'amygdale étant rare, ainsi que nous l'apprend M. le prof. Fournier dans son beau livre sur les chancres extra-génitaux.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mars 1897. — Présidence de M. Voisin, *vice-président.*

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

A propos du procès verbal, M. Leudet lit la note suivante de M. Frenkel :

Pour répondre à l'objection de M. Martha que j'ai eu tort de faire mes cultures à 38° dans de la gélatine, celle-ci fondant à 22°, je ferai remarquer que la fusion de la gélatine ne présente pas d'obstacle au développement des bactéries. Comme mon but n'était pas de faire pousser des colonies pures, mais simplement de voir si ma gélatine restait oui ou non stérile, je n'avais pas besoin de me servir d'un milieu de culture solide encore à la température de 38°.

M. Martha répond que la gélatine liquéfiée n'est pas un milieu favorable pour les cultures, et qu'en s'en servant, M. Frenkel s'est complètement éloigné de ce que l'on fait habituellement dans les laboratoires.

M. Bianchi proteste contre les attaques contenues dans un travail que M. Germe (d'Arras) a récemment offert à la Société. Dans son hostilité contre la phonendoscopie, M. Germe va jusqu'à demander si la commission nommée par la Société a fait les expériences de contrôle sur le cadavre. Il faut lui répondre affirmativement et citer les épreuves complètement affirmatives faites à Saint-Antoine par M. Letulle en présence de la commission et de plusieurs médecins.

En ce qui concerne les autres observations de M. Germe, M. Bianchi se met à la disposition de la Société pour toutes les expériences nécessaires sur l'homme dans l'état physiologique et dans l'état pathologique, contrôlées soit

par la plessimétrie, soit par la radioscopie, soit par la diaphanoscopie.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. le président Bouloumié, qui regrette qu'une maladie d'une de ses fillettes l'empêche d'assister à la séance. — Lettre accompagnant un livre de M. Germe, membre correspondant, intitulé *Recherches sur les causes des mouvements du cœur*, avec présentation d'un instrument dit *clef organique*, instrument de percussion destiné surtout à localiser et à préciser ce mode d'investigation. M. Leudet est chargé par la Société de faire un rapport oral sur cet important ouvrage. — Lettre de M. Hugues (de Saïda) se portant candidat au titre de membre correspondant national.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Rapport sur la candidature au titulariat de M. Barlerin, par M. Martha, à l'occasion d'un travail intitulé : *De la présence du bacille tuberculeux dans les ganglions bronchiques de certains sujets ayant succombé à des affections autres que la tuberculose et n'ayant pas présenté de lésions tuberculeuses à l'autopsie.* — Les recherches de l'auteur ont porté sur 12 malades choisis dans les milieux hospitaliers ; elles ont consisté à prendre à l'amphithéâtre les ganglions bronchiques chez des sujets qui étaient entrés à l'hôpital pour des affections autres que la tuberculose, et qui n'étaient pas tuberculeux. Ces ganglions, triturés avec du bouillon stérilisé, ont été inoculés à des cobayes. Au bout de six à huit semaines ces animaux ont été sacrifiés. On a alors examiné les ganglions, les principaux organes, etc., de ces animaux. Quatre fois sur douze, soit dans un tiers des cas, ces animaux ont présenté des signes de tuberculose et le bacille a été découvert dans les granulations des organes ou dans les ganglions lymphatiques voisins du point d'inoculation.

Ainsi donc certaines personnes dont les organes ne présentent aucune trace de tuberculisation peuvent néanmoins avoir des bacilles tuberculeux vivants dans leurs ganglions bronchiques. Ces bacilles ont pénétré dans l'organisme par les voies respiratoires avec les poussières. L'épithélium une fois franchi, ces germes pathogènes ont cheminé par les vaisseaux lymphatiques jusque dans les ganglions. Arrivés là ils se sont enkystés, soit à cause de la résistance que leur ont opposé les phagocytes, soit peut-être à cause de la disposition anatomique des organes ganglionnaires qui retiennent les corps étrangers. Cependant ces bacilles n'ont pas perdu leur virulence.

Or il est possible que sous l'influence d'une cause débilitante, le refroidissement par exemple, les ganglions ne soient plus capables de s'opposer au passage des germes. Il en résultera l'infection tuberculeuse.

Comme conclusion de son travail M. Barlerin montre que nos efforts doivent tendre à empêcher la diffusion des germes tuberculeux dans les ganglions bronchiques, en cherchant à conserver à nos voies respiratoires l'intégrité de leur épithelium ; puis, en admettant que les bacilles aient réussi à pénétrer dans ces ganglions, on voit qu'ils peuvent y demeurer stationnaires et inoffensifs tant qu'une cause ne viendra pas atténuer le pouvoir de résistance des cellules.

J'ai cherché à vous exposer rapidement le travail du Dr Barlerin : il est, comme vous avez pu en juger, d'un grand intérêt, d'autant plus que l'auteur a su conduire ses expériences avec une grande précision.

Comme l'auteur l'indique au début de son travail, ces recherches ne sont pas nouvelles ; elles avaient déjà été faites par d'autres.

En effet, Loomis (de New-York) en 1890 avait montré que les ganglions bronchiques contenaient assez souvent d'une façon latente le bacille de la tuberculose chez des sujets adultes, indemnes de toute affection tuberculeuse.

En 1892, Pizzini avait pratiqué des recherches analogues sur les ganglions d'individus non tuberculeux ayant succombé à des affections diverses. Il préleva les ganglions bronchiques, mésentériques et cervicaux et les inocula à des cobayes : 12 fois sur 30 expériences les animaux devinrent tuberculeux. Les résultats positifs furent toujours obtenus par l'inoculation des ganglions bronchiques ; jamais au contraire l'inoculation des ganglions mésentériques ne fut suivie de succès ; nouvelle preuve de la fréquence de la pénétration du bacille de la tuberculose par les voies aériennes.

Ces recherches sont encore intéressantes à un point de vue particulier : Parrot avait soutenu que l'adénopathie tuberculeuse est *toujours* consécutive à une lésion similaire du viscère correspondant ; l'opinion de Parrot ne peut plus être défendue en présence du résultat de ces expériences bactériologiques.

Je proposerai à la Société d'admettre M. Barlerin comme membre titulaire, et je suis persuadé qu'en lui donnant nos suffrages nous aurons fait un très bon choix.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. Le vote sur cette élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. Grasset lit deux observations à l'appui de sa candidature au titulariat : 1° *Sur un cas bizarre d'auto-intoxication iodoformique* ; 2° *Sur un cas d'asymbolie transitoire par auto-intoxication.*

M. le Président remercie M. Grasset de ses intéressantes communications : un rapport sera fait sur son travail et sa candidature par une commission composée de MM. Guepin, Cazin et Tissier, *rapporteur*.

M. Jullien lit un travail de M. Hugues, médecin de colonisation à Saïda, sur une « *Observation de fracture unique de l'atlas par traumatisme, suivie de mort subite* » (travail de candidature au titre de membre correspondant de la Société).

Une commission, composée de MM. Jullien, *rapporteur*, Dubuc, Fraigneaud, est nommée pour faire un rapport sur ce travail et cette candidature.

M. Jullien donne lecture d'un travail de M. Delore, correspondant de la Société, sur « *Le redressement des bossus* ». (*Sera publié.*)

Des remerciements de la Société seront adressés à M. Delore pour sa très intéressante communication.

M. Brunet lit une observation : « *Tœnia interne, douleurs intermittentes avec ictère simulant un accès de coliques hépatiques* ». (*Sera publié.*)

M. de Pezzer présente un appareil inhalateur à fumée visible inventé par lui et expérimenté dans le service du professeur Debove à Beaujon, fondé sur le dégagement de chlorhydrate d'ammoniaque combiné avec les vapeurs de substances médicamenteuses diverses.

MM. Frenkel, candidat au titre de membre associé résí-

dant, Baraduc (de Chatel-Guyon), Bonnet (de Romans) et H. Mollière (de Lyon), candidats au titre de membres correspondants nationaux, sont nommés à l'unanimité.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le secrétaire : Ch. Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 27 avril 1896. — *Présidence de* M. Bromain.

M. Dromain transmet les excuses de M. Desprès retenu chez lui par le mauvais état de sa santé, il ajoute que la société fera prendre des nouvelles et rendre visite à notre président.

M. Binet excuse M. Genesteix.

M. Valude a terminé dans son service une statistique sur l'ophtalmie des nouveau-nés et en communique les conclusions, qui s'adressent aux accoucheurs plus encore qu'aux oculistes. Le traitement classique par le nitrate d'argent seul ne s'adresse pas à tous les cas. Le traitement par le sublimé a donné des accidents même à faible dose et doit être proscrit ; depuis deux ou trois ans, en effet, ces accidents sont devenus de plus en plus fréquents. Le sublimé en effet, même à 1/5000, s'il est inoffensif pour l'adulte, est nuisible pour la muqueuse du nouveau-né, et, si l'on y ajoute le nitrate d'argent, le danger devient plus grand encore, moins à cause de la dose souvent faible, que par l'emploi intempestif et le mauvais procédé d'application.

M. Kalt préconise les grands lavages avec un liquide antiseptique et particulièrement avec le permanganate de potasse à 1/5000. Ce procédé donne de bons résultats et amène rapidement la chute de la suppuration. Mais M. Valude a contrôlé la valeur de la méthode des grands lavages de la façon suivante. Chez les enfants de son service, les yeux gauches étaient traités par les lavages avec les solutions antiseptiques de M. Kalt et les yeux droits avec de l'eau chaude simplement stérilisée par ébullition prolongée. Il a obtenu les mêmes résultats à peu de chose près des deux côtés, et observé sur 14 enfants une fois seulement de chaque côté une petite opacité cornéenne transitoire. Mais la suppuration était plus vite tarie à gauche avec le permanganate qu'à droite avec l'influence mécanique seule de l'eau stérilisée. Enfin dans l'un et l'autre cas on avait, après disparition du pus, de petites récidives, et il fallait, pour les éviter ou les guérir, instiller à la fin du traitement *quelques gouttes de nitrate d'argent*. Les grands lavages antiseptiques font tomber la suppuration, mais ne font pas une rigoureuse abstersion du virus. Il importe par conséquent que le praticien ne se laisse pas tromper et ne croie pas le malade radicalement guéri en voyant cette rapide disparition du pus, car l'infection est toujours là et la suppuration est seulement tarie. Il faut compléter la cure en instillant alors le nitrate d'argent.

Avec l'eau chaude on a moins de rougeur et de gonflement, mais avec le permanganate la suppuration disparaît plus vite. Seulement on ne doit pas donner aux accoucheurs le lavage au permanganate comme le moyen le plus simple, car pas plus que l'eau chaude il n'est suffisant à lui tout seul et n'offre pas de certitude absolue sans l'intervention à la fin du nitrate d'argent. Cela est important, car l'ophtalmie des nouveau-nés doit toujours être regardée comme grave, bien qu'en réalité elle le soit à peine une fois sur vingt. Enfin la solution de naphtol additionnée de 0 gr. 10 d'extrait thébaïque par litre diminue la suppuration et surtout a une influence particulièrement bonne sur le gonflement.

En conclusion, voici les principes qu'il faudrait vulgariser : ne jamais employer le sublimé corrosif, et quant au nitrate d'argent, réglementer son emploi de la façon suivante : appliquer deux fois par jour avec un pinceau une solution à 2/100. Diminuer progressivement la dose et surtout ne jamais faire plus de deux applications par jour, et ne pas faire d'application nouvelle tant que la pellicule blanchâtre laissée par la cautérisation précédente n'a pas disparu.

Enfin, pour tout ce qui est des grandes irrigations, elles sont un excellent moyen, mais sont insuffisantes à elles seules. Isolées, elles guérissent les ophtalmies bénignes mais non les graves. Donc ne pas les employer comme moyen unique, mais quand le pus sera tari, instiller quelques gouttes de nitrate d'argent.

M. Machelard, élevé dans la croyance à la gravité des ophtalmies blennorrhagiques, se trouve heureux d'apprendre au cours de la communication de M. Valude que cette gravité est moindre qu'il ne pensait.

M. Valude constate, en effet, qu'elles sont relativement peu graves même chez des enfants sales et mal tenus, mais il faut bien se garder de le dire et surtout de l'ériger en principe, car les mères et les sages-femmes se relâcheraient.

M. Dromain demande pourquoi on tiendrait dans ce cas en mépris l'acide borique. Si l'eau simple a pu suffire et si l'on rejette le sublimé, pourquoi l'eau boriquée ne ferait-elle rien ?

M. Valude. Les ophtalmies très légères qui cèdent à l'eau bouillie cèderont *a fortiori* à l'eau boriquée, mais les sérieuses ne cèderont pas. L'acide borique ne guérira donc que ce qui se serait guéri tout seul, mais si l'ophtalmie se déclare, rien ne suffit plus, même le permanganate puisqu'il faut, en définitive, l'instillation de nitrate d'argent. Quant à la prophylaxie maternelle, elle est généralement insuffisante. Une goutte de nitrate d'argent à 2/100 instillée après la naissance donne de bons résultats, mais on fait toujours la désinfection trop tard. Quand on la pratique avant la section du cordon, la proportion change de moitié et la statistique est deux fois meilleure.

Le Secrétaire des séances : Dr Boissier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 29 décembre 1896. — *Présidence de* M. Leroux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de la démission de M. Coudray. M. Verchère espère pouvoir faire revenir M. Coudray sur sa détermination ; la société le prie de bien vouloir faire une démarche dans ce sens ; 2° une lettre de candidature de M. Beurnier, chirurgien des hôpitaux, présenté par MM. Verchère et

Tolédano; M. Potherat est nommé rapporteur; 3e une lettre d'excuse de M. Le Bec de ne pouvoir assister à la séance.

M. Duchesne fait une communication sur la *création d'un ordre des Médecins*. (*Sera publiée.*)

M. Tolédano. La question de la création d'un ordre des Médecins a été étudiée dans le Conseil général des sociétés d'arrondissement et je suis précisément chargé de demander à la Société du VIIe arrondissement ce qu'elle en pense.

M. Verchère. Il me semble que la pensée du Conseil général n'est pas très exactement traduite : il désire seulement que l'on vote sur le *principe*, à savoir s'il y a lieu d'étudier cette question.

M. Leroux met aux voix cette proposition : la majorité se prononce pour l'affirmative.

M. Luc. Je trouve le projet de M. Duchesne plus séduisant que la création d'un ordre des Médecins analogue à celui des Avocats : je pense qu'il ralliera plus facilement les suffrages.

M. Valude. Je ne crois pas que la constitution de syndicats aie de la valeur, si j'en juge précisément par ce qui se passe à Bruxelles; aussi ai-je voté contre.

M. Potherat. Je suis d'un avis opposé et cette organisation mettra les médecins honorables en garde contre ceux qui auront failli à l'honneur; c'est déjà quelque chose.

M. Tolédano. Le Conseil général m'a également chargé de demander l'appui moral de la Société du VIIe arrondissement dans la lutte que poursuit contre l'alcoolisme la ligue présidée par le Dr Legrain.

Cette adhésion morale est votée à l'unanimité.

M. Potherat communique trois observations de *transposition des organes*. (*Seront publiées.*)

MM. Tolédano et Sottas père ont vu chacun un cas analogue.

M. Nattier entretient la société de deux observations de *paralysie du larynx chez des tabétiques*. (*Sera publié.*)

M. Valude. Je crois que les paralysies tabétiques de la voix se comportent différemment que celles de la vision, car les premières sont fugaces et les secondes fixes : M. Nattier en a-t-il vu de persistantes chez de jeunes tabétiques ?

M. Nattier. Je n'ai pas une grande expérience de ces faits et serais heureux que M. Luc donnât la sienne.

M. Luc. Les paralysies récurrentielles sont habituellement persistantes et incurables, d'autant que la plupart des gauches sont dues à un anévrysme de l'aorte, lequel est souvent insoupçonnable.

M. Sottas, fils. Ce qui m'avait mis sur la voie du diagnostic pour le second malade de M. Nattier, ce sont les douleurs fulgurantes dans le cubital et la tachycardie, symptômes du tabès supérieur ou bulbaire, forme bien plus grave par parenthèses.

M. Potherat. Pendant mon internat chez le prof. Damaschino, où il y avait beaucoup de tabétiques, je n'ai vu que deux morts : l'un par arrêt d'un morceau de viande entre les cordes vocales, l'autre par perforation de l'œsophage par un os de poulet : il me semble donc que le pronostic n'est pas aussi grave que le veut bien dire M. Sottas.

M. Luc. C'est vrai, c'est surtout une maladie incurable.

M. Nattier. Je dirai à M. Luc que j'ai vu moi-même un malade ayant succombé à des crises laryngées et chez lequel à l'autopsie on trouva un anévrysme de l'aorte.

Le Bureau pour l'année 1897 est constitué de la façon suivante : Président : M. Leroux ; 1er vice-président : M. Valude ; 2e vice-président : M. Luc ; secrétaire général : M. Tolédano ; secrétaires des séances : MM. Monnier et Sottas fils ; trésorier : M. Alibert.

La séance est levée.

Un des secrétaires annuels : L. Monnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1897. — Présidence de M. Delens.

Angiocholite infectieuse à coli bacille. Cholécystotomie. — M. Lejars. Un homme subictérique fut pris, après deux ans de douleurs modérées, de crises atténuées, d'une attaque violente de vomissements, de nausées, d'ictère et d'un ensemble de symptômes qui firent faire le diagnostic d'angiocholite. Après laparotomie, et suture du fond de la vésicule à la paroi abdominale, on ouvrit cette vésicule pleine de bile jaune épaisse qui ne montra aucun calcul, aucune trace d'oblitération; on se contenta d'une cholécystotomie. Mais au bout de huit jours nouveaux phénomènes d'arrêt de l'écoulement biliaire dans l'intestin. Puis tout rentra dans l'ordre. A l'examen bactériologique on trouva des coli bacilles. C'est donc une infection aiguë durant deux ans sans calculs dans la vésicule et qui s'est guérie par le seul drainage de la vésicule.

M. Michaux. Il peut arriver que, malgré l'absence des calculs dans la vésicule, il soit possible de laisser échapper, si on n'examine pas les selles, une multitude de petits calculs, qui sont une véritable lithiase intestinale, que l'on retrouve dans les selles et seulement au microscope.

Péritonite purulente généralisée. Laparotomie. Guérison. — M. Richelot. J'ai à faire un rapport sur une observation envoyée par M. Malapert (de Poitiers). Il s'agissait d'une petite fille de 9 ans qui reçut une contusion du ventre. Au 20e jour on fait une ponction qui retire un litre de pus. Ce n'est qu'au bout d'un mois que fut acceptée la laparotomie. L'incision première ouvrit la vessie que l'on sutura. En ouvrant le ventre on sortit 3 litres de pus, puis on lava le péritoine avec 6 litres de pus. Celui-ci était localisé dans les deux fosses iliaques et le petit bassin, on tamponna et le 5e jour on substitua un drain au tamponnement.

Le malade guérit assez rapidement. N'aurait-on pas là affaire à une péritonite essentielle des jeunes enfants, nous dit M. Malapert ? Je me rattacherais plutôt à l'idée d'une

tuberculose péritonéale, éveillée par le traumatisme, quoiqu'un examen bactériologique et les cultures n'aient pas démontré l'existence des bacilles.

M. Quénu. Je serais porté à croire comme M. Richelot que l'on aurait plutôt eu affaire à une tuberculose et je saisis l'occasion de parler d'une observation analogue chez une jeune femme chez laquelle j'avais diagnostiqué un kyste végétant de l'ovaire. Par la laparotomie on sortit du pus fétide mais stérile, qui était absolument indépendant de la masse intestinale, laquelle était enfermée dans la paroi de la collection. On ne trouvait rien du côté des trompes. On se contenta de mettre des drains.

L'infection secondaire qui se produisit par le staphylocoque albus me contraignit à faire une ouverture par le cul de sac postérieur. Dès ce moment la température redevint normale jusqu'au jour où elle revint pâle et amaigrie, atteinte de tuberculose dont elle mourut. Les premiers accidents étaient dus à une péritonite tuberculeuse, stérile, latente bactériologiquement.

M. Reynier. J'adopte complètement les idées de M. Richelot, et je veux faire remarquer combien on trouvera facilement le mot de péritonite généralisée alors que, dans l'observation de M. Malapert, il s'agit bel et bien d'une péritonite localisée. Aussi le malade a guéri ce qui n'arrive pas dans la péritonite généralisée.

J'ai opéré un malade dans des conditions analogues chez lequel on pensait à une appendicite. Il était dans un état tellement misérable, que l'on pouvait hésiter à l'opérer. Sous la cocaïne, je fis la laparotomie, qui donna issue à deux litres de pus, dans un foyer limité par les anses intestinales. Je mis deux drains, et le malade guérit en un mois. J'aurais pu dire aussi : péritonite généralisée, étant donné la présence des anses intestinales. L'examen bactériologique était resté négatif. Six mois après cet homme est revenu avec un abcès du crâne et un au niveau du fémur, que j'ouvris et qui me donna des bacilles de Koch. Actuellement le malade a des accidents tuberculeux. Il faut penser beaucoup plus fréquemment qu'on ne le fait à la tuberculose.

M. Brun. Je ne suis pas de l'avis de la tuberculose. La petite malade de M. Malapert a présenté le tableau de la péritonite à pneumocoques. C'était une petite fille ; elle avait du pus très abondant, verdâtre, et qui guérit relativement facilement. Hypothèse, pour hypothèse j'aimerais plutôt la mienne que celle de tuberculose qui ne se présente pas d'ordinaire chez les enfants.

M. Kirmisson. J'avais demandé la parole avant d'avoir entendu M. Brun, et c'était dans le même sens que je voulais parler. Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que ces péritonites sous-abdominales ont parfois tendance à s'ouvrir à l'ombilic.

Fracture des jambes. — Présentation de malade par M. Reclus.

Kyste hydatique de la partie supérieure du foie, opéré par la méthode de Lannelongue. — Présentation de malade par M. Monod

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement

Séance du 8 février 1897. — *Présidence de M. le* Dr Desnos.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la séance de décembre, il est procédé à l'élection du bureau pour l'année 1897.

M. le Dr Sevestre est nommé président, M. le Dr Poitou-Duplessy, vice-président, M. le Dr Genesteix, secrétaire général, adjoint trésorier.

Le Conseil se trouve donc composé comme suit pour l'année 1897 :

Président : M. le Dr Sevestre ; vice-président : M. le Dr Poitou-Duplessy ; Secrétaire général : M. le Dr Cayla ; Secrétaire général adjoint, trésorier : M. le Dr Genesteix.

Membres ; MM. les Drs Alexandre, Auvergniot, Balzer, Barbulée, Bezançon (Boulogne), Berthod, Benard, Bonin, Bonnet, Bonnard, Brossard, Cayla, Célières, Chambellan, Chassevant, Chevallereau, Chipier, Colin, Coumetou, Courtin, Dauchez, Davesnes, Debierre, de Bosia, de Finance, Dehenne, Delafosse, Depasse, Desnos, Detray, Dromain, Ducor, Genesteix, Hallé, Hervouet, Jamin, Jasiewicz Kuehff, Le Bec, Le Boucq, Le Cour, Ledé, Lemenager, Le Pileur, Leroux, Loyal, Mangenot, Marévery, Mathieu, Mauduit, Meige, Mercier, Michel, Moizard, Naulin, Nitot, Pascal, Planteau, Piot, Polaillon, Poitou Duplessy, Presles, Putel, Raffinesque, Ramonat, Richard, Richer, Routier, Rollin, Sapelier, Sebillotte, Sevestre, Signez, Socquet, Sottas, Tapie, Toledano, Thoumas, Tripet, Vauchez, Verchère, Voisin.

Membres honoraires : MM. les Drs Brouardel, Cornil, Farabeuf, Gibert, Guyon, l'abbé, Lannelongue, Roussel (Théophile), Thorel, Philbert, secrétaire général honoraire.

Le Secrétaire général rend compte des démarches faites au sujet du service médical de nuit.

Se conformant aux vœux émis par les Sociétés, la Commission composée de MM. les Drs Desnos, Sevestre, Gibert, Genesteix et Cayla avait soumis à la 5e Commission du Conseil les propositions suivantes : Retour à l'ancien système, c'est-à-dire tarification à la visite, au taux anciennement établi.

Pour éviter les abus commis, faire connaître par tous les moyens de publicité, 1° que le service de nuit est gratuit seulement pour les indigents et les nécessiteux, 2° que les appels ne doivent être faits que dans les cas d'urgence absolue. Dans le cas contraire, le médecin ferait une déclaration ; 3° l'administration doit user de tous les moyens de recouvrement dont elle dispose pour en poursuivre le recouvrement soit total, soit partiel ; 4° l'établissement d'un roulement strict, et la désignation ou l'agrément des titulaires de ce service par tous les médecins de l'arrondissement supprimeraient les abus imputés à quelques membres du corps médical.

Le nouvel arrêté réglementaire du service médical de nuit qui entre en vigueur au 15 février 1897, s'écarte quelque peu des vœux émis par le Conseil. Certains articles comme l'article 7 qui vise la question des honoraires prête à l'ambigutié. L'arrêté reste muet sur la question du service de nuit fait par des médecins étrangers.

Dans ces conditions, la question va de nouveau être portée devant les Sociétés d'arrondissement. MM. les secrétaires généraux voudront bien faire connaître à la prochaine séance le sentiment de leur Société.

Diverses autres questions relatives aux modifications à apporter aux statuts, sont renvoyées à la séance de Décembre. Il sera fait un exposé des modifications à apporter au procès-verbal de la séance.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Legrain, président de la Société contre l'usage des boissons spiritueuses, qui vient exposer le but de la Société en demandant l'appui du Conseil des Sociétés médicales. Après avoir remercié le Conseil, M. le Dr Legrain expose le grand courant d'opinion qui s'est fait dans tous les pays et en France contre les effets de l'alcoolisme. La question de l'adhésion à la Société a déjà été soumise à quelques Sociétés médicales et au Conseil lui-même qui n'a pas cru pouvoir engager tous les membres des Sociétés. M. Legrain fait observer qu'il s'agit là d'un appui tout moral. Dans ces conditions, le Conseil est d'avis qu'il y a lieu de reporter à nouveau la question devant les Sociétés d'arrondissement et de faire une propagande active auprès de tous les membres ; des conférences pourraient même être organisées par la Société, soit en s'adressant aux médecins des Ecoles, soit directement auprès des membres qui voudraient faire des expériences publiques dans les mairies ou dans les centres ouvriers,

M. le Président, après avoir remercié M. le Dr Legrain de sa communication, lève la séance.

Le Secrétaire général : Dr Cayla.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est ouvert lundi 15 mars. Les candidats ont eu à traiter par écrit : Région parotidienne. — Des phlegmons du plancher de la bouche.

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Nerfs de la main ; Phlegmons de la main ; — 2° Méninges rachidiennes ; Complications du mal de Pott.

La lecture des copies a eu lieu les lundis, mercredis et vendredis à quatre heures et demie, à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Distinctions universitaires. — M. le Dr Picard, médecin-inspecteur des enfants du premier âge dans le IIe arrondissement de Paris, est nommé officier de l'Instruction publique.

M. le Dr Arnaud (Lucien), de Castres, est nommé officier d'Académie.

Académie de médecine. — Le comité secret de la séance de mardi dernier a été consacré à la lecture du rapport sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). Voici l'ordre de classement :

1re ligne : M. Debierre (de Lille) ; 2e ligne : M. Renout (de Saumur) ; 3e ligne : MM. Vidal (d'Hyères), P. Lemaitre (Limoges) ; 4e ligne : MM. Marvaud (de Toulouse), Bertin (de Nantes).

L'Association générale des médecins de France est autorisée à accepter le legs de la somme de 2.000 francs qui lui a été fait par M. le Dr Desmares (Antoine) suivant son testament olographe du 20 avril 1894.

Ladite somme sera versée à la Caisse des dépôts et consignations pour y être inscrite au crédit des fonds de retraites de la Société.

Souscription Farabeuf. — Les collègues, les élèves et les amis de M. le professeur Farabeuf ont l'intention de lui offrir un souvenir à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine.

Ce souvenir dont on espère donner à chaque souscripteur, quel que soit le montant de sa cotisation, une image matérielle, sera le témoignage de l'estime de tous et de la reconnaissance de ceux qui ont tiré quelque profit des initiatives qu'a prodiguées depuis trente années celui que quelques-uns d'entre nous ont conservé l'habitude d'appeler « le cher patron ».

On est prié d'adresser sa cotisation avant le 20 mars, soit à l'un des membres du Comité, soit chez MM. Masson et Cie, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain.

Les membres du Comité : F. Guyon, Panas, Tarnier, Ch. Monod, P. Reclus, P. Segond, Nélaton, Pierre Delbet, Lejars, Launay, Riche, Fredet, G. Masson, trésorier.

Conseil supérieur des habitations à bon marché. — M. Riche, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du Conseil supérieur des habitations à bon marché, en remplacement de M. le Dr Rochard, décédé.

La proposition Michelin. — M. Michelin, député, vient de déposer une proposition ayant pour objet de prévenir et de réprimer les abus commis dans l'exercice de la médecine. Elle est ainsi conçue :

« Les cliniques libres ne peuvent être installées sous peine d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, sans autorisation du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon et du maire dans les autres communes. Ces cliniques demeurent constamment soumises à leur surveillance.

« Un décret d'administration publique déterminera les conditions que les cliniques libres devront remplir pour être autorisées, ainsi que la manière dont la surveillance devra être exercée.

« Tout médecin qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile et, en général, d'avoir abusé d'un malade en impressionnant son moral par menaces de maladies ou promesses de guérison, pour lui extorquer de l'argent, sera puni des peines édictées par l'article 405 du code pénal.

« Il est interdit aux médecins de s'affilier avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux ou des maisons dites de santé, dans le but de partager les bénéfices provenant de la vente des médicaments qu'ils auront prescrits ou de se faire faire des remises par ces derniers. Les affiliations de ce genre seront punies des peines édictées par l'article 401 du code pénal.

« Il est également interdit, sous la sanction des mêmes peines pour les contrevenants, aux médecins de se faire rémunérer par d'autres médecins ou chirurgiens, pour leur avoir procuré des malades ou des opérations chirurgicales. »

Société contre l'abus du tabac. Programme du concours pour 1897. — N° 1. *Prix de médecine.* — Les mémoires

présentés au Concours pour le prix de médecine viennent d'apporter de nouvelles preuves de « l'influence fâcheuse « de l'abus du tabac sur l'action des médicaments internes « et sur la cicatrisation des plaies. »

Néanmoins le Conseil de la Société, jugeant qu'on ne peut trop appeler l'attention des praticiens sur une question de cette importance, a résolu de la remettre au Concours de 1897, dans les termes suivants :

Rapporter au moins quatre observations inédites, recueillies avec soin, bien circonstanciées, tout à fait probantes, et autant que possible, personnelles, démontrant l'influence fâcheuse dont il est question. — Ainsi, par exemple, tel sujet, *fumeur*, traité méthodiquement pour une affection quelconque, ou pour des plaies chirurgicales ou accidentelles, ne guérit pas ou guérit lentement ; il cesse de fumer et la guérison marche rapidement.

Les concurrents devront s'abstenir de toute discussion théorique, et se borner à l'exposition des faits.

Le prix consistera en un lot de livres de la valeur de 200 francs environ, et une médaille de vermeil.

N° 2. *Prix du Dr Gruby* : 100 *francs*. — Dans l'intérêt des *chiqueurs* incommodés par le tabac et qui prétendent ne pouvoir vaincre leur habitude, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de combattre efficacement les funestes conséquences de leur passion tabacique, soit par une certaine manière de préparer le tabac ou par un succédané, soit par les aliments, les boissons ou tout autre moyen hygiénique. Rapporter des faits démontrant que le moyen est efficace.

L'affaire Méloche. — Le Dr Méloche, médecin-légiste de Saint-Nazaire ayant été appelé à visiter une veuve Billy qu'on soupçonnait d'avoir accouché clandestinement, déclara qu'effectivement il y avait eu accouchement. Or, la femme, détenue à la prison de Saint-Nazaire, accoucha quelques jours après.

Elle attaqua le docteur en dommages-intérêts et l'affaire qui se déroula, il y a peu de temps, devant le tribunal de la ville fut mise en délibéré.

A l'audience du tribunal civil et malgré les conclusions contraires du ministère public, a été rendu le jugement dont voici les considérants que nous nous bornons à mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Attendu qu'il ressort des art. 1382 et 1383 du Code civil qu'il faut qu'il y ait faute ou négligence ou imprudence commise, entraînant une conséquence dommageable, statuons, sur le préjudice, cause et considérant :

1° L'arrestation et la détention de la veuve Billy ;

2° Les moyens violents employés pour arriver à la découverte de la vérité.

« Considérant que l'emploi d'un instrument spécial n'est ni avoué, ni prouvé, ni articulé.

« Considérant que pour les conséquences dommageables il y a lieu de tenir compte des probabilités sérieuses de l'accouchement et aussi de l'affirmation du Dr Méloche de ces probabilités.

« Mais que de l'avis unanime des médecins spécialistes, des probabilités ne sauraient entraîner une certitude.

« Considérant, d'autre part, qu'il faut tenir compte de la bonne foi du Dr Méloche et de l'intérêt de l'inculpée à tromper la justice.

« Qu'après la visite du 18 mars le Dr Méloche avait conclu aux probabilités de l'accouchement.

« Qu'après la visite du 20 mars, il déclarait n'avoir pas entendu les bruits du cœur.

« Il semble bien acquis que des probabilités sérieuses, notamment une hémorrhagie abondante survenue le 12 mars témoignait en faveur de l'accouchement.

« Mais attendu que le Dr Méloche avait reconnu qu'il n'existait aucune déchirure récente.

« Que n'ayant pas procédé à l'analyse chimique du sang qui donne l'un des indices les plus probables de l'accouchement, le Dr Méloche devient responsable.

« Attendu, en outre, que si l'on doit tenir compte de la moralité douteuse de la demanderesse, il n'en est pas moins vrai qu'un préjudice réel lui a été causé, préjudice dont le tribunal a tous les éléments pour en fixer le montant.

« Condamne le Dr Méloche à 1.000 francs de dommages-intérêts et à tous les dépens.

Les noces d'argent du prof. Esmark. — Samedi, les étudiants de l'Université de Kiel ont fait un cortège aux flambeaux en l'honneur des noces d'argent du prof. Esmark, qui fêtait ses noces d'argent avec la princesse Henriette de Slesvig-Holstein-Sonderbourg-Augustenbourg.

On sait que par ce mariage le prof. Esmark se trouve être l'oncle par alliance de l'empereur Guillaume II. La princesse Henriette, seconde fille du duc Christian, est, en effet, tante de la princesse Auguste-Victoria, devenue impératrice d'Allemagne et reine de Prusse.

Un nouveau moyen d'avoir une consultation gratuite. Une dame de New-York, fort riche (un demi-million de dollars au moins), mais fort avare, craignait d'avoir le mal de Bright. Si elle en eût été sûre, elle eût réclamé les soins d'un médecin, mais elle était arrêtée par les frais entraînés par une analyse urinaire. Elle songea d'abord à une policlinique, mais elle risquait d'être insuffisamment examinée à son gré. Une idée bien simple lui vint alors : elle fit à une compagnie d'assurances une proposition pour une somme considérable. Deux médecins vinrent chez elle et firent un examen approfondi. Quelques jours après, elle recevait une note de la Compagnie disant que le rapport médical ayant été favorable, on pouvait donner suite à sa proposition. Rassurée sur sa santé, notre millionnaire répondait simplement qu'elle avait changé d'avis (*Lyon méd.*).

Bernardin de Saint-Pierre et les bactéries. — La *Chronique médicale* (Dr Cabanès) a cueilli dans les *Harmonies de la nature*, de Bernardin de Saint-Pierre, les intéressants paragraphes que nous transcrivons ici, à l'effet de constater que l'auteur de *Paul et Virginie* peut être considéré, à bon droit, comme l'un des précurseurs des théories microbiennes :

« Je crois, écrit-il, qu'on peut attribuer la plupart des maladies contagieuses à des animalcules qui vivent dans des fluides et qui s'attachent à des corps au moyen desquels ils se communiquent par le contact. Il est certain qu'elles s'engendrent toutes par des temps chauds et humides, qui sont les grands mobiles des générations végétales et animales. Ces mêmes maladies ne cessent que par des froids rudes ou des chaleurs arides, si contraires à toute espèce de génération. Celles qui naissent uniquement de la corruption de l'air ne se communiquent point par le contact, telles sont les fièvres d'automne et celles des pays marécageux. Quant aux autres, comme les dartres, la gale, la lèpre, les maladies pédiculaires et vermineuses,

les fièvres pourprées, la rougeole, la petite vérole, la rage et la peste, qui ne se communiquent que par un attouchement plus ou moins intime, elles paraissent devoir leur origine à des animalcules invisibles qui vivent dans nos humeurs viciées et s'attachent même à de simples linges. Il est évident que la petite vérole renferme dans ses écailles desséchées des animalcules vivants comme les rotifères, qui se développent et reprennent leur activité par une simple transpiration... »

« Tout y est, ajoute le Dr Cabanès, les microbes et les humeurs virulentes (animalcules vivant dans des fluides), la distinction des maladies virulentes et des maladies simplement infectieuses, et jusqu'aux microbes de la lèpre et de la rage, deux des derniers venus dans la génération actuelle des microbes.

« S'il y a beaucoup de fantaisie et d'imagination dans l'histoire naturelle, selon Bernardin de Saint-Pierre, on conviendra toutefois que sa conception des maladies contagieuses n'a point périclité avec le temps. »

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Hutinel a commencé le cours de pathologie interne le samedi 6 mars 1897, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continue les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Letulle, agrégé, a commencé les conférences d'anatomie pathologique, le vendredi 5 mars 1897, à deux heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. Des démonstrations pratiques gratuites ont lieu avant chaque conférence, de une heure et demie à deux heures, à partir du lundi 5 mars audit laboratoire.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé le mardi 9 mars à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Il le continuera les samedis et mardis suivants à 5 heures.

Cours d'hygiène sociale. — *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — M. le Dr A.-J. Martin fera la leçon le jeudi 18 mars 1897, à neuf heures et quart du soir à l'Hôtel de Ville, salle des Prévôts, sur l'Habitation ouvrière. La Conférence pratique du 21 mars aura lieu à dix heures du matin à l'Ecole Braille (Assistance aux Aveugles), à Saint-Mandé, rue Mongenot, 5, près de la place de la Mairie.

Nécrologie. — Le Dr Guinand (de Saint-Etienne), reçu en 1871. — Le Dr Couillaud, d'Epernay, reçu en 1857. — Le Dr Percepied, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), reçu en 1881. — Le Dr Depoix (Henri) à Buzancy (Ardennes), décédé à l'âge de 35 ans. — M. Netelet (Paul), médecin à Ambleny (Aisne), décédé à l'âge de 45 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la dixième semaine, du 7 au 14 mars 1897, le service de la statistique a compté 963 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière 982, et la moyenne 1.006.

Les maladies épidémiques sont moins rares (38 au lieu de 50 et de la moyenne 71), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 4 et de la moyenne 19 ; la scarlatine 1 au lieu de 2 et de la moyenne 3, la rougeole 14 au lieu de 16 et de la moyenne 17, la coqueluche 4 au lieu de 9 et de la moyenne 10, la diphtérie 14 au lieu de 9 et de la moyenne 24.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 4 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 27 décès au-dessous de 1 an au lieu de 28 et de la moyenne 35.

En outre 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 151 décès (au lieu de 178 pendant la semaine précédente et au lieu de 199, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 28) ; bronchite chronique, 26 décès (au lieu de la moyenne 46) ; broncho-pneumonie, 53 décès (au lieu de la moyenne 50) ; pneumonie, 50 décès (au lieu de la moyenne 67). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 31 décès, dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 221 décès au lieu de la moyenne 217 ; la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la méningite simple, 24 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 31 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 41 décès, et les maladies organiques du cœur, 71 ; le cancer a fait périr 49 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 14 suicides et 12 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 301 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.168 enfants vivants (590 garçons et 578 filles), dont 833 légitimes et 335 illégitimes. Parmi ces derniers, 35 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 331 enfants, dont 17 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 67 seront nourris au sein et 264 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 102 mort-nés (dont 64 légitimes et 38 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des Régimes alimentaires, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 volume in-18 de 316 pages. (Librairie J.-B. Baillière). Prix, cartonné : 3 fr.

Traité de diagnostic médical et de sémiologie, par le Dr Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1897. 1 vol. gr. in-8 de 900 pages avec figures. (Librairie J.-B. Baillière). — Prix : 16 fr.

Tumeur osseuse prise pour un ostéo-sarcome du péroné, par le Dr Ch. Levassort. — In-8°, 15 p., Bar-sur-Aube, 1897.

De la benzoiodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium. — Thèse de Paris, par le Dr Chenal, Paris, 1896.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HÊTRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*